BAHN-BKK
PostCenter
48123 Münster

Antrag auf Feststellung einer Entsendung im Sinne der Ausstrahlung (§ 4 SGB IV) [1]

1.	Angaben zur Arbeitnehmerin/ zum Arbeitnehmer	
1.1	Name:	1.2 Vorname:
1.3	Geburtsdatum:	1.4 Rentenvers.-nummer:
1.5	Adresse im Wohnstaat: Straße und Hausnummer	
1.6	Postleitzahl und Ort	

2. Kontaktdaten des Arbeitsgebers in Deutschland			
2.1	Name des Unternehmens		
2.2	Straße und Hausnummer		
2.3	Postleitzahl und Ort		
2.4	Telefonnummer	2.5 Rechtsform des Unternehmens	
2.6	E-Mail	2.7 Betriebsnummer	
2.8	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist bei uns beschäftigt seit		
2.9	Der arbeitsrechtliche Entgeltanspruch der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers richtet sich auch während der Entsendung ausschließlich gegen unser Unternehmen.	☐ ja	☐ nein
2.10	Der wirtschaftliche Wert der Arbeit kommt ausschließlich unserem Unternehmen in Deutschland zugute.	☐ ja	☐ nein
2.11	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist (weiterhin) organisatorisch in unserem Unternehmen eingegliedert und unterliegt unserem Direktionsrecht (ggf. in gelockerter Form)	☐ ja	☐ nein
2.12	Es handelt sich um ein Unternehmen, das gewerbsmäßig Arbeitnehmer überlässt und die dafür erforderliche Erlaubnis nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz besitzt.	☐ ja	☐ nein

[1] Für einen Einsatz in einem Mitgliedstatt der Europäischen Union, einem EWR-Staat, der Schweiz oder in einem anderen Staat, mit dem Deutschland ein Abkommen über Soziale Sicherheit geschlossen hat, verwenden Sie bitte den vom GKV-Spitzenverband, DVKA für die jeweiligen Staaten herausgegebenen Fragebogen (Näheres hierzu unter: www.dvka.de).

3. Angaben zum Auslandseinsatz		
3.1 Beschäftigungsstelle im Beschäftigungsstaat (sofern die Beschäftigung an verschiedenen Orten ausgeübt werden soll, bitte die Angaben zu den weiteren Beschäftigungsstellen in einer Anlage angeben) - Staat/Staaten - Bezeichnung und Anschrift		
3.2 Voraussichtliche Dauer der Entsendung vom bis		
3.3 Die Entsendung ist im Voraus befristet Wenn ja: ☐ Aufgrund eines Vertrages (z.B. Entsendevertrag) ☐ Aufgrund der Eigenart der Tätigkeit (bitte kurze Beschreibung):	☐ ja	☐ nein
3.4 Wird die Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer zum Zwecke der Entsendung eingestellt, bitte zusätzlich die folgenden Punkte beantworten:		
3.4.1 Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer war vor dem aktuellen Entsendezeitraum bereits im Beschäftigungsstaat eingesetzt Falls ja: von bis	☐ ja	☐ nein
3.4.2 Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer wird im Anschluss an die Entsendung bei uns in Deutschland weiterbeschäftigt	☐ ja	☐ nein
Besonderheiten bei konzerninterner Entsendung		
3.5 Handelt es sich um eine konzerninterne Entsendung, bitte die folgenden Punkte beantworten:		
3.5.1 Das Arbeitsentgelt wird vom deutschen Unternehmer wirtschaftlich getragen und bei der Gewinnermittlung als Betriebsausgabe steuerlich geltend gemacht[2]	☐ ja	☐ nein
3.5.2 Die Lohn- und Gehaltskosten sind (teilweise) an das Unternehmen im Beschäftigungsstaat weiter zu belasten	☐ ja	☐ nein

[2] Für die Beurteilung einer Entsendung nach §4 SGB IV ist eine Weiterbelastung der Gehaltskosten bei einer konzerninternen Versetzung von weniger als zwei Monaten jedoch unschädlich.

4. Erklärung des Unternehmens	
Wir erklären als Arbeitgeberin/Arbeitgeber der/des entsandten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmers ausdrücklich, dass alle Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Uns ist bekannt, dass sowohl in Deutschland als auch im Beschäftigungsstaat von den zuständigen Stellen Kontrollen durchgeführt werden können und – auch irrtümlich – falsche Angaben in diesem Fragebogen zum Verlust des inländischen Versicherungsschutzes der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers führen können. Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume. Wir verpflichten uns, die im Anschriftenfeld dieses Antrags genannte Stelle umgehend zu informieren, sobald eine wesentliche Änderung (z.B. Abbruch, Verlängerung) eintritt. Die Verpflichtung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers gemäß § 17 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Kostenübernahme von Leistungen im Krankheitsfalle ist uns bekannt.	
Stempel des Arbeitgebers bzw. des Bevollmächtigten	Name der/des Ansprechpartnerin/Ansprechpartners
Ort und Datum	Unterschrift

Die Erhebung dieser Angaben ist zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des zuständigen Versicherungsträgers erforderlich. Die Daten werden erfasst und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.